

# ふくせん 福祉用具サービス計画書 (基本情報)

管理番号	(No. )
作成日	
福祉用具 専門相談員名	

フリガナ		性別		生年月日	年齢	要介護度	認定期間
利用者名	様			M・T・S 年 月 日			~
住所						TEL	
居宅介護支援事業所						担当ケアマネジャー	

<b>意欲や意向・相談内容</b>	
利用者の意欲・意向、今困っていること (福祉用具に期待することなど)	<input type="checkbox"/> 利用者から確認した <input type="checkbox"/> 家族・介護者から確認した

<b>疾病・疾患</b>	
<b>禁忌・注意事項・服薬情報等</b>	

<b>身体状況・ADL</b> ( 年 月 ) 現在		関節可動域障害	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし
身長	cm	体重	kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらない でできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらない でできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらない でできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえれ ばできる <input type="checkbox"/> できない
屋内歩行	<input type="checkbox"/> つかまらない でできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
屋外歩行	<input type="checkbox"/> つかまらない でできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 意思を他者に 伝達できる	<input type="checkbox"/> とどき伝達 できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達 できない <input type="checkbox"/> 伝達できな い
視覚	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 目の前のもの であれば見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見え ない <input type="checkbox"/> 見えない
聴覚	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きな声で話せ ば聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こ えない <input type="checkbox"/> 聞こえない

麻痺・筋力低下	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし
障害日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> その他( )
認知症の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
特記事項 (医療情報以外)	

<b>介護環境</b>			
家族構成		主介護者	
他のサービス 利用状況			
利用している 福祉用具 (購入品含む)			
特記事項			

<b>住環境</b>	
住まいの状況	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( 階 ) <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 階段

転倒・転落 の経験	転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> つまづき <input type="checkbox"/> すべり <input type="checkbox"/> その他 ( )
	転落	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 踏み台 <input type="checkbox"/> その他 ( )

活動・ 参加	外出頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回未満
	外出目的等	